

UNIVERSITE DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 222

Radiothérapie et Chirurgie
dans le
Traitement des Fibrômes
Utérins

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 8 Juillet 1924

PAR

Mocha ATIJAS

né à BELGRADE (Serbie) le 22 Septembre 1895.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

RADIOTHÉRAPIE ET CHIRURGIE
DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 222

Radiothérapie et Chirurgie
dans le
Traitement des Fibrômes
Utérins

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 8 Juillet 1924

PAR

Mocha ATIJAS

né à BELGRADE (Serbie) le 22 Septembre 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PIAVOT.
Médecine légale.....	Y.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucten)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; COTTE, assesseur ;

SANTY Léon et DUNET, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde affection et
de reconnaissance.

A MON BEAU-FRÈRE

A MES SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS ET A MES CAMARADES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TIXIER

Chevalier de la Légion d'honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique chirurgicale

Nous le prions d'agréer nos vifs remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse.

A NOTRE CHER MAÎTRE

M. LE DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien honoraire des Hôpitaux

Service hospitalier de Gynécologie de la Charité

Officier de la Légion d'honneur

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous n'oublierons jamais les conseils qu'il nous a donnés au cours de ce travail.

Nous le prions d'agréer nos sincères remerciements et l'expression de nos sentiments respectueusement dévoués.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

Je dédie cette thèse.

RADIOTHÉRAPIE ET CHIRURGIE

DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

Introduction.

L'idée de ce travail nous a été suggérée par M. le Docteur Albertin, ancien chirurgien du Service hospitalier de Gynécologie de la Charité de Lyon. Il a attiré notre attention sur les appréciations contradictoires formulées d'un côté par les radiologues, de l'autre côté par les chirurgiens sur les indications et les résultats de la Rœntgenthérapie dans le traitement des fibromes utérins.

Cette question est loin d'être résolue, et il nous a paru intéressant de grouper un certain nombre de faits susceptibles d'être pris en considération.

Nous avons recueilli 50 observations d'échecs de la radiothérapie opposée aux fibromes utérins et l'analyse de ces faits a, dans la plupart des cas, expliqué les raisons de l'insuffisance de la méthode. A part deux observations dues au Docteur Arcelin, radiologue lyonnais, une communication très judicieuse de Zimmermann à la Société Radiologique de France, du 13 juin 1922, qui explique la raison d'un certain nombre d'insuccès de la Rœntgenthérapie, et les 12 insuccès accusés par Béchère dans sa

statistique de 700 cas traités par les rayons, les autres sont dues à des chirurgiens, quelques-uns étrangers, les autres de Lyon ou de Paris.

Nous avons cru devoir demander au Docteur Arcelin sa collaboration pour la rédaction du premier chapitre, où il nous a paru intéressant de mettre sous les yeux des chirurgiens l'historique et l'état actuel de la Roëntgenthérapie appliquée aux fibromes utérins.

Dans le second chapitre, nous exposons les résultats habituels de la radiothérapie employée avec discernement et opportunité. Cette méthode thérapeutique doit être appréciée sans parti-pris et elle a ses indications, le choix des cas devant être déterminé par la collaboration du chirurgien et du radiologue.

Dans le chapitre III, nous analysons les causes d'échecs de la méthode en passant en revue les contre-indications de la radiothérapie.

Dans le chapitre IV, nous avons analysé les observations recueillies, puis signalé les accidents qui peuvent être le fait de la radiothérapie.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous avons résumé ce que nous croyons être l'opinion de la plupart des chirurgiens en face de la Roëntgenthérapie et de la méthode sanglante, en faisant à chacun de ces traitements la part actuelle qu'il nous paraît mériter.

Nous avons, à dessein, omis de parler de la curiethérapie, dont l'importance va croissant et qui mérite une étude spéciale, d'autant plus qu'elle paraît avoir les faveurs des chirurgiens et pourrait bien supplanter dans beaucoup de cas la radiothérapie, ou être associée à elle, comme l'a fait Nogier (Soc. Nat. Méd. et Soc. Méd. de

Lyon, 16 janvier 1924), curiethérapie et roentgenthérapie sont combinées comme traitement du fibrome utérin.

Citons encore la thèse inspirée par M. Condamin à son élève Broussard (1924) « Curiethérapie dans le traitement des fibromes de l'utérus ». Tout cela pour montrer combien la période de tâtonnements se prolonge encore pour le choix d'un traitement physiothérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

Historique des progrès réalisés dans l'instrumentation utilisée pour le traitement radiothérapique des fibromes de l'utérus et des métrorrhagies.⁽¹⁾

Il faut déjà remonter loin dans l'histoire des sciences médicales pour retrouver les premiers essais de traitement des fibromes par les rayons X.

C'est en 1904 que Foveau de Courmelles publie un premier travail (1). On était alors à la période héroïque de la radiothérapie.

Le matériel était dans l'enfance avec les machines statiques à rendements incertains, avec les bobines dont l'interrupteur fonctionnait dans l'air, dans l'alcool ou le pétrole et s'encrassait avec rapidité.

Les ampoules à faibles rendements n'avaient guère de stabilité. La filtration était inconnue.

Il est donc naturel que des accidents et des insuccès se soient produits, à l'occasion de ces premières tentatives.

(1) La collaboration de M. ARCELIN nous a facilité cet exposé.

(1) FOVEAU DE COURMEILLE. — La radiothérapie moyen de diagnostic et de thérapeutique de certains fibromes (*Comptes rendus Académie des Sciences*, 14 janvier 1904, p. 114).

Il en est ainsi pour toutes les acquisitions nouvelles de la thérapeutique, qu'elles soient chimiques, physiques ou chirurgicales.

Les radiothérapeutes ont eu à déplorer pendant longtemps des accidents de radiodermite de la paroi abdominale. Pour faire pénétrer une dose efficace de rayons X jusqu'à l'ovaire et à l'utérus, il fallait traverser la peau et lui faire absorber une dose de rayons X souvent incompatible avec son intégrité.

Le faisceau émis par l'ampoule est complexe. Il est constitué par des rayons de longueurs d'onde très différentes. Les uns, de grande longueur, peu pénétrants, sont absorbés par le premier obstacle. Les autres, de courte longueur d'onde, plus pénétrants, arrivent aux parties profondes après avoir traversé les plans superficiels.

Les efforts des radiologistes pendant ces vingt dernières années ont contribué à modifier ce faisceau global. Ils l'ont ramené à une composition plus homogène, soit par l'utilisation d'une source de courant de voltage de plus en plus élevé et de plus en plus régulier, soit par l'interposition de filtres éliminant les rayons de trop grande longueur d'onde.

Les récentes acquisitions dans le domaine de la radiothérapie pénétrante réalisent un progrès de tout premier ordre, car elles permettent de porter dans la profondeur des tissus des doses considérables de rayons X, tout en respectant la vitalité de la peau.

Il ne faut donc pas reprocher aux radiologistes de la première heure les quelques accidents de radiodermite qu'ils ont provoqués. Tout progrès se paye par des vic-

times plus ou moins nombreuses. C'est une des lois de l'activité humaine.

La chirurgie des fibromes ne s'est pas faite en un jour. Ce n'est que lentement et progressivement qu'elle est arrivée à son état actuel de perfection. Avant l'apparition des gants de caoutchouc, la mortalité opératoire pour les fibromes utérins était plus ou moins élevée suivant les opérateurs et l'état de leur peau.

Aujourd'hui, l'utilisation généralisée des gants a réalisé un énorme progrès et la mortalité opératoire s'est abaissée considérablement à tel point que la statistique de certains opérateurs est presque vierge de tout accident.

Parallèlement à cette marche ascendante de la chirurgie, les radiologistes ont amélioré leur technique et aujourd'hui la radiothérapie des fibromes n'expose plus le patient à des accidents de radiodermite de la paroi.

Ce n'est pas en un jour que de part et d'autre ces progrès se sont réalisés.

Nous ne voulons pas, dans ce modeste travail, reprendre toute l'histoire du traitement des fibromes. Cela nous entraînerait trop loin. Nous nous contenterons de rappeler les principales étapes de cette thérapeutique.

C'est à Bordier que l'on doit les premières recherches lyonnaises. Cet auteur présente au Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences, à Lille, en 1909, ses premiers résultats (1). Puis il expose, dans une série de communications, ses méthodes et ses résultats.

(1) BORDIER. — Traitement radiothérapique des fibromes interstitiels de l'utérus; ménopause artificielle (trois guérisons). (*Archives électro-médicales*, 25 septembre 1909, pp. 707-716).

Entre autres choses, il introduit l'emploi de filtres d'aluminium de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, destinés à protéger la peau ; il met au point un radio-chronomètre pour déterminer les quantités de rayons incidents.

Malgré les affirmations de l'auteur, ce perfectionnement de technique est insuffisant pour garantir complètement la peau contre tout accident. Après une période de latence, atteignant quelquefois dix-huit mois, on peut voir apparaître des troubles trophiques graves de la paroi abdominale allant jusqu'à la radiodermite ulcéreuse et gangréneuse.

Quelques accidents mis à part, l'auteur obtient d'excellents résultats. Les métrorragies disparaissent et la ménopause artificielle s'installe chez la plupart de ses malades.

La méthode demandait à être perfectionnée, il fallait arriver à éliminer tout accident cutané.

En 1923, MM. Regaud et Nogier (1) publient leur remarquable travail sur l'utilisation des filtres d'aluminium de 3 et 4 millimètres d'épaisseur.

Ces recherches constituent la base de toute la radiothérapie profonde actuelle.

Elles ont été le point de départ de tous les perfectionnements modernes, mais elles ont été depuis dépassées largement.

Aujourd'hui, il est courant de filtrer le faisceau de rayons soit par 10 millimètres d'aluminium, soit par un demi-millimètre de cuivre ou de zinc, soit même par un millimètre et plus.

(1) REGAUD et NOGIER. — Les effets produits sur la peau par les hautes doses de rayons X sélectionnées par filtration à travers 3 ou 4 millimètres d'aluminium (*Archives d'Electricité médicale*, 25 janvier 1913).

Il semble que dans ces conditions de filtration, la dose efficace de rayons X peut amener la ménopause artificielle, la régression et la disparition des métrorragies puisse être donnée sans provoquer le moindre accident.

Ces méthodes sont utilisées depuis plus de trois ans : aucun accident récent ou tardif n'est pas parvenu à notre connaissance.

On peut donc espérer que la période des accidents cutanés est définitivement close.

Parallèlement à ces travaux concernant la filtration et la qualité du faisceau de rayons X, d'autres recherches amèneront d'importants perfectionnements dans les transformateurs à haute tension, l'ampoule et les appareils de mesure.

L'introduction dans le matériel du radiologiste de l'ampoule Coolidge a permis d'immenses progrès.

Tandis que l'ampoule à gaz prouvait une certaine instabilité dans son régime et nécessitait un réglage presque constant, l'ampoule Coolidge, au contraire, fonctionne avec une régularité parfaite et ne demande qu'une surveillance facile! Pendant des heures, une ampoule Coolidge débite la même quantité et la même qualité de rayons.

Il est donc actuellement infiniment plus facile qu'autrefois d'irradier une malade et de lui appliquer une dose déterminée en qualité comme en quantité de rayons X.

Cette précision est d'autant plus réalisée que les méthodes de mesure ont fait des progrès considérables.

Les pastilles au platinocyanure de baryum ont d'abord été utilisées par Sabouraud et Noire, puis par Bordier.

Mais les difficultés d'appréciation de la teinte exacte ont donné lieu à des erreurs considérables.

Nogier a augmenté considérablement la précision de la méthode en mettant au point son appareil de radio-chromoscopie.

Cet auteur a fait construire un dispositif permettant d'examiner la pastille témoin et de la comparer à l'échelle des teintes de Bordier dans des conditions toujours identiques.

Les variations d'appréciation tenant aux variations de la lumière solaire sont supprimées. Les pastilles sont examinées à la lumière d'une lampe électrique doublée d'un verre bleu dont la couleur est toujours la même. Dans ces conditions, les causes d'erreur sont en partie éliminées.

Dans ces dernières années, un important perfectionnement des électroscopes dû à Solomon a permis de baser la mesure quantitative des rayons X sur la décharge d'un électroscope dont la chambre d'ionisation est soumise au faisceau d'utilisation émis par l'ampoule.

La lecture des doses se fait sur un cadran en tenant compte du facteur temps. Dans ces conditions, toute variation personnelle d'appréciation est éliminée.

C'est un immense progrès sur le réactif au platino-cyanure de baryum utilisé seul pendant de longues années. Enfin, l'ionomètre de Solomon lui-même est en voie de perfectionnement, et bientôt les radiologistes pourront doser les rayons X avec la même précision que la balance pèse un produit chimique quelconque.

Dans la séance du 11 mars 1924 de la Société de Radiologie médicale de France, M. Danvillier présentait un dosimètre absolu à lecture directe.

CHAPITRE II

Des fibro-myomes utérins qui peuvent-être soumis à la Rœntgenthérapie. Résultats habituels de ce traitement.

De la stérilisation ovarique. De l'action sur le fibrome lui-même.

Le choix des cas doit être soumis à l'appréciation du chirurgien. Les cas favorables sont les fibromes petits, paraissant uniques, de petit volume ou tout au plus de volume moyen, c'est-à-dire du volume d'un œuf d'autruche et constatés chez des femmes approchant de la ménopause.

La mobilité de la tumeur, sa configuration régulière, plus ou moins ovoïde, sa liberté relative dans le pelvis permettent d'éliminer toute une série de complications qui peuvent être déduites de l'irrégularité de la surface de la tumeur, de sa fixité, de son enclavement.

La situation antérieure de la tumeur est une condition favorable bien préférable à la position postérieure en rétro-déviatiion (Siredey).

Voilà, d'après le plus grand nombre des chirurgiens,

les conditions dans lesquelles doit se trouver un fibrome utérin pour être soumis aux rayons X sans risques et avec succès. Nous voyons déjà combien la proportion des cas est relativement faible.

J.-L. Faure déclare qu'un tiers des cas seulement peuvent être radiothérapés. Albertin, à peine 20 %.

A côté de ces indications, il faut tenir compte de situations exceptionnelles ou l'état général précaire, des lésions viscérales, cardiaques ou pulmonaires ou rénales sont un obstacle au traitement chirurgical. Dans ce cas, la roentgenthérapie est un pis aller, mais qu'il faut retenir en raison du bénéfice qu'en pensent retirer les malades, quelque incomplet qu'il soit.

Nous ne croyons pas sortir de notre sujet en joignant à cette liste de cas favorables ceux de « *myomes diffus de l'utérus* ».

En 1907, M. Albertin inspirait la thèse de Gaillard, étudiant une variante de métrite hémorragique sans lésions infectieuses de la muqueuse utérine, dont le tableau clinique peut être superposé à celui de « la sclérose utérine » de Richelot. Des examens histologiques nombreux pratiqués par son élève Jambon dans le laboratoire du professeur Paviot démontrèrent que dans tous les cas le tissu utérin était le siège d'une multiplication considérable des fibres musculaires lisses en même temps que les tuniques musculaires des artères et des artérioles subissaient la même prolifération. On retrouve là la même structure que dans le fibrome utérin interstitiel; aussi, Albertin, Gaillard et Jambon proposaient le terme de

« myomes diffus de l'utérus » pour cet état bien spécial ci-dessus décrit.

La caractéristique de cette affection, c'est la répétition des hémorragies qui résistent à tout traitement local avec curettages répétés, cautérisation, etc...

C'est dans ces cas que nous croyons à l'efficacité de la radiothérapie, car ce traitement nous paraît préférable à l'hystérectomie, et il ne nous paraît pas avoir de contre-indications.

Dans certains cas, l'utérus subit une hypertrophie diffuse, présente un fond volumineux, lourd, qui se déplace en avant ou en arrière, c'est le « gigantisme utérin » de Richelot, et bien souvent on fait le diagnostic de fibrome interstitiel du fond de l'utérus. L'intervention montre la diffusion du processus myomateux sans fibromyome circonscrit individualisé.

Nous ne sommes pas éloignés de croire qu'un certain nombre de ces utérus géants, à fond globuleux, ont été irradiés comme porteurs de fibrome et, de ce fait, on s'explique le succès indéniable de la radiothérapie.

Dans ces cas, les indications thérapeutiques étaient parfaites, et le traitement a rempli ses promesses.

RADIOTHÉRAPIE ET STÉRILISATION

Un résultat incontesté de la roëntgenthérapie, c'est la *stérilisation des ovaires*, castration blanche, et comme effet la suppression des règles. Dans presque tous les cas qu'il a eus à traiter, Béclère a dû poursuivre le traitement jusqu'à la suppression définitive de la fonction ovarienne (ancienne opération de Battey).

La suppression du flux menstruel entraîne le plus souvent la disparition des ménorragies abondantes si souvent observées dans le fibrome.

Lorsque la tumeur fibromateuse ne produit que ce symptôme seul, il paraît bien logique qu'on le fasse disparaître par un traitement simple, facilement accepté par les malades, et cette indication sera d'autant plus favorable que la malade approche de la ménopause.

Mais, à côté de ces ménorragies, il y a des métrorragies dues exclusivement au fibromyome, se produisant en dehors de la période menstruelle et souvent chez des femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause. Dans ces cas, l'action roentgenthérapique nous paraît moins démontrée, et cela nous amène à parler de l'action des rayons X sur le fibrome lui-même, mais auparavant, nous voudrions exposer diverses considérations ayant trait à l'inconstance de la stérilisation ovarique par la radiothérapie. Cela prouve encore que le radiologue doit s'efforcer de déterminer la dose d'irradiation suivant l'effet cherché, suppression définitive ou temporaire, ou même, comme dans quelques cas, stimulation des fonctions ovariennes.

La stérilisation des ovaires n'est pas toujours obtenue, est-ce un bien ? est-ce un mal ? Patel a trouvé une grossesse de deux mois perdue au milieu de fibromes multiples, alors que l'année précédente, la malade avait subi dix séances de radiothérapie qui n'avaient ni supprimé les règles ni modifié la tumeur.

LAFFONT déclare, à la séance du 9 février 1924 de la Société d'Obstétrique et Gynécologie d'Alger qu'il a observé et publié des cas de grossesse aussitôt après des trai-

tements par des rayons ou par radium. Il cite le cas d'une malade de BÉCLÈRE qui devint enceinte après sa 14^e séance, et accoucha normalement, la cessation des règles ayant été prise pour une ménopause artificielle.

Pour les trois cas de grossesse signalés par Ménard, Bécclère les explique par une insuffisance de doses irradiantes et non pas par la mise à l'abri des ovaires, que leur situation anormale a pu soustraire à l'action des rayons.

Ce qui pour les uns est un avantage, devient pour d'autres un inconvénient, et Kower (d'Utrecht), au Congrès de Gynécologie de 1921, en fait un grief à la radiothérapie qui, dit-il, obtient ses résultats éblouissants presque exclusivement au prix de la castration de la femme, alors que maintes femmes de 50 ans et plus aient encore de réels profits à retirer de l'existence des fonctions ovariennes. Ce chirurgien, dans sa dernière série de 134 laparotomies, a conservé les deux ovaires dans 107 cas, un ovaire dans 10 cas. Donc, castration dans 12 % des cas.

Nous ne discuterons pas l'opportunité de la conservation ou non des ovaires en cas d'ablation de l'utérus pour fibrome. Cela est encore une autre question, et M. Albertin a vu dans plusieurs des cas une dégénérescence kystique, véritablement pathologique, survenir après ces conservations chez quelques-unes de ses opérées, de façon à nécessiter une intervention complémentaire.

TUFFIER (Académie de Médecine, 6 juin 1922) a repris en France cette question de la suppression de la fonction ovarienne qu'il déplore. « M. Bécclère, dit-il, qui a le plus contribué à la généralisation du traitement par les rayons X, a irradié et stérilisé 700 femmes. Sur 700 myomes, il

n'y en a pas un seul qui ait été justiciable d'une opération conservatrice, pas un seul qui ait trouvé grâce devant cette castration. Sur la première série de 300 cas, 84,19 % étaient en période génitale; sur une autre série de 400 cas, on en trouve 43 % et 11 % de 30 à 39 ans.

Cette stérilisation de la femme par irradiation n'est cependant pas fatale, et nous avons trouvé un certain nombre de cas de grossesse chez des femmes irradiées à ajouter à ceux de Béclère, de Ménard, de Laffont, de Patel.

LE LORIER et DELAPCHIER (Soc. Obstét. et Gyn., Paris, 13 mars 1922) ont observé une grossesse chez une femme ayant subi dix séances de rayons.

La présence d'un fibrome prævia nécessita une césarienne qui permit en même temps une myomectomie.

LINZENMEIER (de Keil) (*Zeut, f. Gyn.*, n° 39, 1922) cite un cas de fibromyome traité par irradiation des ovaires chez une femme de 26 ans stérile : trois séances, à quelques semaines d'intervalle. Amélioration nettes des hémorragies, puis grossesse et accouchement normal.

Un second cas, femme de 21 ans, irradiée pour métrorragies (une seule séance). Amélioration progressive et grossesse l'année suivante.

L'auteur a réuni huit autres cas de grossesse heureuse chez des femmes dont les ovaires avaient été irradiés avant la grossesse, avec des enfants sains. Il propose l'irradiation, judicieusement dosée, comme traitement dans certains cas d'hyperfonction ovarienne avec métrorragie pouvant combattre et favoriser la nidation de l'ovule.

On voit par cette revue des observations contradictoires que le but varie déjà suivant les radiologues, en appliquant la radiothérapie aux fibromes utérins. Les uns

recherchent et obtiennent la stérilisation des femmes par la suppression des fonctions ovariennes, comme Béchère. D'autres, recherchant cette même stérilisation, ne l'ont pas obtenue, puisque des grossesses ultérieures sont venues leur démontrer. Et c'est ce qui amène d'autres radiologues à se demander comme Linzenmeier s'il n'y a pas lieu d'étudier le dosage de l'irradiation sans le pousser jusqu'à la stérilisation ovarienne.

La question reste à l'étude, bornons-nous à constater ces faits, en souhaitant que l'action radiothérapique se limitant au fibrome respecte suffisamment la fonction ovarienne pour la suspendre temporairement au lieu de la supprimer dans certains cas.

DE L'ACTION DIRECTE DE LA RADIOTHÉRAPIE SUR LES FIBROMES

L'irradiation agit non seulement sur les ovaires, mais sur le fibrome lui-même, disent les radiologues.

Dans certains cas, la réduction de volume ne paraît pas douteuse. Est-elle temporaire ? est-elle définitive ? Quels sont les tissus influencés, modifiés ? fibres musculaires, système circulatoire ? Ces questions sont mal résolues.

Le résultat apparent serait la réduction de volume de la tumeur. Nous l'admettons. Dans certains cas et dans certaines propositions, l'action des rayons X agirait sur le système circulatoire comme la ménopause, où l'on voit des utérus fibromateux, mous, congestifs, subir une véritable involution, diminuer de volume d'une façon appréciable ; ce fait n'est pas constant, et nous nous rallions

à l'interprétation de Zimmern qui fait des distinctions parmi les fibromes justiciables de la radiothérapie. Il y a des cas qui guérissent rapidement, et d'autres qui, malgré des doses notables, ont une résistance surprenante. Les hémorragies, parfois, s'arrêtent puis recommencent, et la tumeur ne diminue pas. Il existe une sensibilité du fibromyome dont l'origine est double, tantôt venant de la tumeur qui, jeune encore, se trouve de ce fait plus vulnérable, tantôt de l'ovaire qui, en involution de par l'approche de la ménopause, subit du fait de l'irradiation, une accélération de cette involution. »

Nous verrons par l'analyse d'un certain nombre d'observations, et par la réunion des opinions d'un grand nombre de chirurgiens que ce résultat de la radiothérapie est inconstant, que dans beaucoup de cas il a été nul, dans beaucoup d'autres temporaire.

Ce qu'il y a de certain, c'est que « le fibrome exposé aux rayons X ne fond pas tout à fait comme beurre au soleil ».

CHAPITRE III

Contre indications de la radiothérapie tirées de la tumeur elle-même ou de ses complications. Raisons des échecs du traitement radiothérapique.

VOLUME DE LA TUMEUR

Le volume de la tumeur nous paraît devoir, lorsqu'il dépasse celui d'une tête fœtale, être une contre-indication à tout autre traitement que l'ablation.

Certains radiologues signalent bien souvent la régression et la fonte des fibromes. Des tumeurs du volume d'une tête d'enfant diminuent jusqu'à devenir des tumeurs fantômes. D'autres reconnaissent que s'ils ont supprimé les métrorragies, les tumeurs n'ont pas diminué. Gouilloud nous dit : « Les pertes sanguines ont cessé, mais les tumeurs ont persisté. »

La diminution du volume des fibromes, leur régression à la ménopause a été de tout temps signalée, et nous admettons dans ce même ordre d'idées que la ménopause artificielle puisse avoir le même résultat : la diminution du volume des tumeurs.

Mais de là à la disparition de tumeurs volumineuses, à la fonte de ces masses du volume d'une tête d'adulte ou d'une tête fœtale, il y a loin, et de pareils résultats nous laissent un peu incrédules. Nous sommes de l'avis d'un grand nombre de chirurgiens (Gouilloud, Albertin, Tixier, Villard, Patel, Lapointe, Fredet, Mornard) : les rayons X peuvent réduire les myomes, mais ne les détruisent pas.

Fredet, H. Schwartz, Le Bazy, Chevrier, Lapointe, Chifoliau, J.-L. Faure, Baudet, Auvray, ont signalé de très nombreux cas où les fibromyomes, consciencieusement irradiés par des spécialistes, étaient demeurés à peu près tels qu'avant le traitement.

Belot, radiologue, n'accepte plus d'irradier les fibromes dont le volume atteint celui d'une tête d'enfant.

Nous croyons que cette limite doit encore être restreinte. Dans beaucoup de cas, croyons-nous, le résultat obtenu est insuffisant. Le volume de la tumeur restant sensiblement le même, les gros fibromes continuent à provoquer des troubles de compression, les malades ne sont pas guéris, ou bien imparfaitement, et nous sommes d'avis avec Fredet que, lorsqu'un fibromyome est volumineux, on ne peut guère compter sur l'irradiation pour réduire son volume au point de rendre la tumeur définitivement tolérable.

CONFIGURATION DES FIBROMES. — LE CONTENU DE LA CAVITÉ UTÉRINE

La tumeur fibreuse est irrégulière, bosselée, fait prévoir la présence de tumeurs multiples situées à des ni-

veaux différents. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal révèle une tumeur bombant dans le Douglas, déprimant le rectum, en même temps que la région sus-pubienne est occupée par une tumeur irrégulière dure, bosselée. Dans ces cas, la radiothérapie nous paraît devoir agir insuffisamment sur les diverses parties de l'utérus fibromateux, et il ne faudra pas compter sur elle pour obtenir de grandes modifications des fibromes. L'action de l'irradiation ne pourra être escomptée que pour la stérilisation ovarique, ce n'est pas une indication suffisante, si elle doit être ainsi limitée, à moins que l'état de la malade n'amène les chirurgiens et radiologues à cette restriction.

Les observations XXV et XXXIII signalent des échecs qui peuvent être attribués à la configuration spéciale de l'utérus fibromateux que nous venons d'étudier.

La présence de polypes, de fibromes sous-muqueux plus ou moins pédiculés, soit qu'ils constituent à eux seuls la lésion, soit qu'ils soient surajoutés, constitue une contre-indication à l'emploi des rayons X. Et nous sommes très heureux de voir cette conclusion formulée par un radiologue même, ZIMMERN, qui, dans la séance du 13 juin 1922 de la Société de Radiologie de France, conclut : « que les fibromes sous-muqueux et les polypes résistent habituellement à la radiothérapie. L'absence d'amélioration, la recrudescence des hémorragies, est un indice de cette résistance et doit conduire à l'intervention.

Nous ajouterons que le gynécologue, en face d'un utérus augmenté de volume, peut, en faisant avec les précautions nécessaires la dilatation du col et l'examen de

la cavité utérine, arriver à diagnostiquer le polype, le fibrome sous-muqueux et, partant de là, recourir d'emblée à l'intervention indiquée, soit l'ablation de la tumeur, soit l'hystérectomie, s'il existe des fibromes interstitiels concomitants.

Cette exploration de la cavité utérine doit encore être faite pour peu qu'on soupçonne une dégénérescence de la muqueuse utérine. On sait que l'épithélioma du fond de l'utérus s'accompagne bien souvent d'une hypertrophie globuleuse de l'organe et peut faire croire à un fibrome justiciable des rayons X. Les observations I, VII, XXII, XXIII, XLI en sont des exemples. L'exploration de la cavité utérine, un prélèvement, auraient pu faire éviter l'erreur de diagnostic.

La pédiculisation des tumeurs sur le fond de l'utérus, qui peut se reconnaître par la mobilisation de la masse pendant que le col reste relativement fixe, nous paraît être une contre-indication à la radiothérapie. Outre les phénomènes de sphacèle qui peuvent se produire, il y a lieu de tenir compte de l'opinion formulée par Albertin dans la thèse de Gidon (1920), qui croit à la fréquence de la malignité des myomes utérins implantés sur le fond de l'organe. Leur exubérance, leur accroissement rapide, la récurrence maligne en cas d'ablation partielle viennent à l'appui de cette assertion que ce sont des fibromyomes malins qui doivent être enlevés, ou si on fait la myomectomie, il y a lieu de surveiller les opérés.

TUMEURS MULTIPLES. — FIBROMES. — KYSTES OVARIQUES.
HYDROSALPINX.

Le diagnostic n'est pas toujours facile, mais peut être fait par un gynécologue expérimenté. Nous connaissons

des cas où l'erreur a été commise parce que la malade n'avait pas été examinée par un chirurgien, aussi, nous ne cessons pas de répéter : « La collaboration du chirurgien est indispensable au radiologue pour faire un diagnostic et déterminer les cas à irradier, c'est une nécessité absolue. » Les observations XXXIV, XXXVI, XLIV, ne peuvent que renforcer cette opinion.

LA FIÈVRE.

NÉCROSE ET INFECTIONS LARVÉES DES FIBROMES

Il est de notion courante que le fibrome utérin évolue le plus souvent sans phénomènes fébriles. C'est une erreur et c'est l'inverse qui est la vérité. Nous avons pu nous convaincre de l'exactitude de cette opinion formulée depuis bien longtemps par M. Albertin en parcourant la collection des nombreuses observations provenant de son service hospitalier de la Charité. Ce chirurgien s'était très rapidement rendu compte qu'un très grand nombre de malades atteintes, soit de fibromes utérins, soit d'affections gynécologiques diverses, présentaient à leur entrée dans son service une élévation de température, et il avait établi comme règle en principe, à moins d'indication d'urgence, une période d'observation, la température étant soigneusement prise pendant quelques jours, avant qu'il fût procédé à une intervention.

Grâce à cette mesure, il a pu constater que dans une énorme proportion, les malades atteintes de fibromes utérins avaient de la fièvre, et cela d'une façon continue et prolongée. Chez certaines, on voit de petites oscillations de la courbe, la température vespérale s'élevant assez fréquemment à 37°9, 38°, 38°2.

Chez d'autres, il y a de véritables courbes ascendantes avec sommet à 38°5, 39°, pour redescendre en deux ou trois jours.

Sous l'influence du repos au lit, de l'application de glace sur l'abdomen, de la désinfection vaginale, le plus souvent la courbe thermométrique s'abaisse et tend à devenir régulière.

Il n'est pas inutile de rechercher toutes les causes qui peuvent, pendant l'évolution d'un fibrome, produire de l'élévation de la température. Cette étude, à elle seule, nous paraît comporter un long développement, mais il nous est bien permis de dire que l'élévation de la température chez les fibromateuses permet de soupçonner la présence de complications infectieuses siégeant, soit dans la cavité utérine, soit dans les tumeurs fibreuses elles-mêmes, soit dans les organes voisins annexes au péritoine.

Comme l'a fait dire Albertin dans la thèse de Trotabas (1911), en dehors des cas de sphacèle, de gangrène des polypes utérins, saillant dans la cavité utérine, il existe, et plus fréquemment qu'on ne le croit, des cas de nécrobiose de myomes interstitiels ne donnant qu'une symptomatologie larvée, mais qu'on peut dépister, fièvre, douleur, amaigrissement, cachexie terminale.

L'examen rétrospectif des observations des pièces enlevées ont permis de juxtaposer l'autonomie pathologique et la symptomatologie de ces lésions.

La constatation des phénomènes fébriles étant suffisante pour imposer une période d'attente avec traitement approprié avant l'intervention chirurgicale, comme le recommande M. Albertin, nous paraît devoir imposer

aux radiologues la même prudence et la même circonspection. C'est une raison de plus pour essayer, par un diagnostic aussi précis que possible, de rechercher si les éléments qui conditionnent la fièvre ne constituent pas une contre-indication au choix de la méthode radiothérapique.

Fibromes en voie de nécrobiose, cavité utérine et trompes infectées, pyosalpinx, ou pelvi-péritonite suppurée, me paraissent en effet devoir être signalés parmi les contre-indications de la radiothérapie et réclamer l'intervention chirurgicale.

COTTE a bien résumé ces contre-indications dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon du 6 décembre 1923, en exposant les considérations inspirées par l'examen d'une nouvelle série de 121 cas de fibromes utérins traités par lui à la Clinique gynécologique de la Charité.

KOWER, d'Utrecht, a trouvé de la nécrobiose ou de la gangrène des fibromes dans 14,7 % de ses cas observés. Est-ce à dire que le diagnostic des complications est facile à établir. Certes non, mais après un examen complet, en s'entourant de tous les moyens d'investigation, de tous les renseignements fournis par l'examen local, la température, l'état général, on peut au moins arriver à classer le cas parmi les douteux et cela est suffisant pour récuser le traitement par les rayons.

Nous ne pouvons moins faire en terminant ce chapitre que de citer l'opinion du radiologue qui a publié la plus nombreuse statistique de fibromes radiothérapés : A. BÉCLÈRE (*loc. cit.*) n'admet pas la contre-indication tirée de

la *topographie* du fibrome, ni de sa *structure*, ni de sa *dégénérescence* (fibrome rouge ou kystique), ni de son *volume*, ni de l'*accroissement rapide*, ni ce qui ne paraît pas un obstacle insurmontable à la radiothérapie. Par contre, il admet que les signes d'une transformation maligne, réveil brusque après la ménopause, accroissement, douleur, altération de l'état général, commandent l'exérèse.

L'âge des malade n'est pas une contre-indication, au contraire, le diagnostic précoce et la radiothérapie rendront exceptionnels à l'avenir les fibromes volumineux, enclavés ou dégénérés. Les faits contrôlés ne justifient pas ces conclusions.

CHAPITRE IV

Analyse des observations.

Accidents et complications de la radiothérapie.

Radiodermite, adhérences viscales.

Cancer secondaire de la peau.

La lecture et l'analyse des observations que nous publions à la fin de notre travail peut permettre de les grouper en tenant compte, soit de la vérification opératoire, soit des symptômes observés après le traitement radiothérapique.

Dans un premier groupe, il s'agit d'erreurs de diagnostic, kystes de l'ovaire le plus souvent, fibromes concomitants avec kystes de l'ovaire méconnus.

Les erreurs sont possibles, elles seront moins fréquentes si l'examen est soigneusement pratiqué par un gynécologue.

Dans un second groupe, on peut classer les fibromes sous-muqueux et les polypes qui, de l'aveu des radiologues eux-mêmes (Zimmern *loc. cit.*) sont extrêmement résistants aux irradiations (obs. XXVII, XXVIII, XXIX).

Dans une autre série de cinq cas, il s'agissait de cancer

de la muqueuse utérine, seul ou accompagné de fibromes (obs. I. VI, XXII, XXIII, XL).

Sous un quatrième chef, on peut ranger les cas où la tumeur n'a pas diminué de volume ou, au contraire, a subi un accroissement avec persistance ou aggravation des phénomènes de compression.

Dans le cinquième groupe, le plus nombreux, les symptômes capital, l'hémorragie, n'a pas disparu, alors que c'est le résultat le plus constant signalé par les radiologues (obs. III, IX, XI, XX, XXV, XXVI, XXVIII).

La suppression totale ou partielle des hémorragies des fibromes par la radiothérapie peut n'être que temporaire et il est quelquefois prématuré de parler de guérison. L'observation de Patel (XXX), où les hémorragies réapparaissent *huit ans après* avec une telle abondance que le chirurgien est obligé d'intervenir, est assez impressionnante. Nous verrons en outre que la réapparition des hémorragies, fait capital caractérisant l'échec de la radiothérapie, peut encore se compliquer de fièvre, douleur, et s'accompagner de signes d'infection, comme dans les observations V, VII, VIII, X, XXIV, XXXVIII, XXXIX.

Ces lésions surajoutées ont-elles été influencées dans leur évolution par l'irradiation, cela paraît probable, et il se peut que, même sous l'action directe des rayons puisse, sinon produire, au moins accélérer une nécrobiose qui est à son début ou en cours d'évolution.

ACCIDENTS DE LA RADIOTHÉRAPIE. — RADIODERMITE

ADHÉRENCES VISCÉRALES. — CANCER DE LA PEAU

Nous n'insisterons pas sur les altérations profondes de la paroi abdominale consécutives à la radiodermite, puisque avec les perfectionnements de la technique et de l'instrumentation cette complication extrêmement fâcheuse ne doit plus se rencontrer, ou alors « elle sera à la charge, non plus de la méthode, mais de celui qui l'applique », nous dit Arcelin. Mais nous devons cependant rappeler quelques observations où les chirurgiens eurent à constater des lésions des tissus (parois ou organes) qu'ils n'étaient pas habitués à rencontrer. Nous choisissons deux observations types.

Dans un cas soumis à la radiothérapie sans succès, M. le Professeur Tixier, obligé d'intervenir, trouva une paroi abdominale tellement modifiée qu'il se trouva dans la cavité abdominale sans avoir pu reconnaître ses plans fusionnés avec les viscères (obs. XLII).

Cunéo relate une observation analogue (obs. XXIV).

Ces observations méritent d'être lues.

Le caractère commun aux tissus frappés par la radiodermite ou l'action dénaturante des rayons, c'est de n'avoir plus ni consistance ni coloration normale, c'est d'être tellement modifiés qu'ils donnent, disent ces chirurgiens, l'impression de papier buvard ou de carton mouillé, sans consistance.

La lecture de ces observations est assez impressionnante pour qu'un assez grand nombre de chirurgiens, avec Schwartz, en présence d'une malade venant demander une intervention après échec de la radiothérapie, se dé-

clarent embarrassés et hésitent à pratiquer l'opération sanglante.

A côté de ces cas graves, il faut citer la réaction fâcheuse, sous forme d'adhérences multiples qui créent des difficultés opératoires ; ce sont les faits signalés dans les observations III, XXIV, XXXIII, XXXV. Baumgartner, Hallopeau.) D'autres chirurgiens, par contre, Frédet, S. L. Faure, Savariau n'ont pas rencontré ces difficultés.

Une conséquence plus grave de l'évolution des plaques de radiodermite, c'est la possibilité de la *transformation cancéreuse de la peau*, comme cela s'est produit dans les observations de Tixier et de Patel.

Malgré la rareté de ces cas, ils nous paraissent assez graves pour donner matière à réflexion. La lecture des observations citées doit être faite par ceux qu'intéresse la question. On verra que le volume, la configuration, le stade d'évolution de la tumeur ont, dans plusieurs cas, causé l'échec de la roentgenthérapie.

On pourra nous objecter que le nombre de nos observations d'échec du traitement radiothérapique sont bien peu nombreuses, et qu'elles ne peuvent servir d'argument contre l'emploi de cette méthode de traitement.

Nous répondrons que nous n'avons pas du tout l'intention de discréditer la radiothérapie, que nous considérons comme un agent thérapeutique merveilleux, mais à la condition qu'il soit judicieusement appliqué.

CHAPITRE V

Radiothérapie et chirurgie.

La radiothérapie plait aux femmes qui répugnent à l'intervention sanglante et on peut dire que les radiologues n'ont eu aucune peine à faire accepter aux malades ce mode de traitement. Nous dirons même que bon nombre sont venues spontanément le réclamer.

Peut-on dire que c'est un équivalent du traitement chirurgical ?

Peut-être, mais dans un nombre restreint de cas, petits fibromes au voisinage de la ménopause. C'est l'opinion de tous les chirurgiens français que nous avons cités dans ce travail. Notre bibliographie étrangère a été restreinte, mais nous ne pouvons cependant pas résister à l'envie de citer une appréciation qui cadre absolument avec l'opinion des chirurgiens français, c'est celle de :

PESTALOZZA (*Revista di Obst. et Gyn. prat.*, avril 1923) souligne la difficulté du diagnostic, la non constance de la suppression fonctionnelle des ovaires ou de l'involution des tumeurs, la durée éphémère souvent de l'action radiothérapique et la possibilité de nuire aux malades

atteintes de fibromes compliqués dont la proportion est au moins de 33 %.

Restriction de la radiothérapie aux petits fibromes au voisinage de la ménopause. Pour les autres, hystérectomie ou myomectomie conservatrice. »

W. FLECHTER SHAW. (Manchester. Traitement des fibromes utérins, opération ou irradiation (*Brit. Med. J.*, p. 3259, 1 juin 1923).

L'expérience a mis un frein à l'engouement qui depuis quelques années régnait en faveur du traitement des fibromes par radiothérapie. Si l'hémorragie disparaît, reste le fibrome, la possibilité d'une dégénérescence maligne survenant le plus souvent après la ménopause. Il faut quinze ans de recul pour en juger par nombre de cas restreints bien déterminés.

1. Petits fibromes sans hémorragie doivent être respectés et surveillés.

2. Anémie justifie radiothérapie puis aussi chirurgie.

3. Dans tous autres cas, myomectomie ou castration. »

A côté des statistiques « éblouissantes » nous serions très heureux d'avoir des observations détaillées mentionnant les résultats à longue échéance et nous pensons qu'il faut un recul de plusieurs décades avant de pouvoir émettre des conclusions définitives sur la valeur exacte de la radiothérapie.

Que dire de la chirurgie dans le traitement des fibromes utérins que tout le monde ne sache ?

— La chirurgie peut être conservatrice.

Chez des femmes jeunes en puissance de maternité la myomectomie donne toute satisfaction.

Et sans aller aussi loin que Ruffier, qui prêche la myomectomie à outrance quel que soit le nombre des fibromes, nous pouvons dire que les chirurgiens se rallient à cette opinion, que la myomectomie doit être poussée très loin, surtout depuis que l'asepsie opératoire et l'amélioration de la technique font de cette opération une intervention bénigne avec d'heureuses perspectives de *possibilité de conception, de grossesse* itérative.

Pour les partisans de la conservation des ovaires au point de vue sinon de la fécondation, du moins de la sécrétion interne, l'acte opératoire le leur permet et n'a pas l'incertitude que laisse l'irradiation au point de vue de la suppression ou de la diminution de la sécrétion ovarique.

Enfin, il y a cependant lieu de tenir compte de ces faits que la radiothérapie laisse en place une tumeur et que s'il existait des *troubles de compression* ou des *malaises* réflexes par la présence de corps étrangers, ils ne disparaîtraient pas. La réduction possible de la tumeur ne fera que les atténuer, l'intervention les fera disparaître.

La conservation de la tumeur, même modifiée favorablement, reste un danger permanent pour la femme qui la porte. Le sphacèle, la nécrobiose et la dégénérescence maligne possible reste comme une épée de Damoclès suspendue sur sa tête, une fibromateuse, de par le fait de l'évolution de son fibrome peut toujours être mise en danger.

L'ablation par la castration, s'il n'y a pas de restrictions à respecter, dictées par l'âge et la tumeur, fait disparaître toute menace d'évolution défavorable ou de transformation cancéreuse.

Et nous ajouterons qu'il y a une tendance actuelle à pratiquer l'hystérectomie totale pour éviter la possibilité de cancérisation du col utérin, ce qui, malgré que les faits publiés ne soient pas très nombreux, reste encore une imperfection du traitement par l'hystérectomie supracervicale. M. Tixier est un partisan convaincu de la castration totale et il a pour lui un argument de très haute valeur.

Enfin, vis-à-vis d'un diagnostic douteux la méthode chirurgicale a une supériorité incontestable qui rend ses indications nombreuses. Le diagnostic du contenu pathologique d'un ventre a toujours été difficile, cette opinion ne date pas d'hier et Lawson Tait, après de multiples erreurs, en était arrivé à faire de la laparotomie le principal, pour ne pas dire le seul moyen de diagnostic.

Cette conclusion qui, à l'époque où l'imperfection des méthodes d'asepsie faisait de cette intervention un acte dangereux, avait pu paraître audacieuse. Elle ne doit plus nous surprendre maintenant et la laparotomie exploratrice a pris rang parmi les méthodes d'investigation autorisées par leur bénignité.

Les observations de fibromes soupçonnés avec grossesse concomitante ne montrent-elles pas qu'un diagnostic douteux, précisé par la laparotomie, a permis l'ablation de la tumeur dont la présence pouvait être un obstacle soit à l'évolution de la grossesse soit à la terminaison de l'accouchement.

Mais il est des cas douteux plus menaçants, plus graves, tumeurs multiples d'origines diverses, état douteux du fibrome, sphacèle, nécrobiose, avec réaction péritonéale périphérique, état infectieux, utérin, annexiel, cancer concomitant.

Est-il besoin de perdre un temps précieux pour vouloir à tout prix préciser les détails, les conditions multiples que l'opérateur aura la satisfaction de contrôler.

Non, dès que le doute existe, il n'y a pas à hésiter. C'est le cas de répéter la formule de Poncet, si partisan de la chirurgie « à ciel ouvert » et de l'appliquer avec Lawson Tait à la chirurgie abdominale.

Le cas est douteux, le ventre ouvert, complétez le diagnostic, rectifiez-le même au besoin, mais votre acte préliminaire, la laparotomie, ne constitue pas une erreur, une fausse manœuvre préjudiciable à la malade, c'est le premier temps de l'intervention libératrice curative que le chirurgien pourra poursuivre d'une façon complète.

Cet exposé montre les avantages, et ils sont nombreux, de la chirurgie sur la physiothérapie.

Et nous concluerons en disant qu'un médecin qui applique un traitement radiothérapique à un fibrome utérin sans avoir pris toutes les précautions que nous réclamons, examen par le chirurgien en collaboration, observation minutieuse et quelquefois prolongée de la malade, soit au point de vue de l'état local ou général de façon à avoir la conviction que le choix de cette méthode de traitement est justifiée, ce médecin risque d'avoir un échec. La multiplication des échecs de la radiothérapie nuira à la méthode, son emploi judicieux et partant ses succès la consacreront comme méthode thérapeutique. Quant à la chirurgie elle a fait ses preuves et reste sur ses positions.

Observations.

OBSERVATION I

(SOULIGOUX)

*Radiothérapie. Réapparition des métrorragies et des douleurs
Fibrome et cancer de l'utérus*

La malade a un fibrome utérin avec métrorragies. Du mois de décembre 1922 au mois de mars 1923, 13 séances de R. X. Les douleurs et les métrorragies reparurent.

A l'intervention, 38°5, hystérectomie. Une masse sous-muqueuse et des bourgeons fongueux gangréneux.

Examen histologique : fibrome et cancer utérin.

Les R. X. n'ont pas amené ni la disparition du fibrome ni l'arrêt de l'évolution du néoplasme.

Société de Chirurgie, Paris 1923, n° 24.

OBSERVATION II

(Pierre FREDET)

*Radiothérapie. Insuccès. Persistance des troubles
de compression*

Fibrome depuis février 1921, 18 irradiations hebdomadaires, disparition des règles.

La tumeur diminuait de volume et tombait dans le petit bassin en déterminant des phénomènes de compression.

Ce cas a été compté comme un succès de radiothérapie

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 12.

OBSERVATION III

(M. BAUMGARTNER)

*Rad. Persistance du volume de la tumeur avec métrorragies.
Symphyse des viscères pelviens*

Un fibrome énorme subit 18 séances de R. X. La tumeur reste volumineuse, les pertes un peu moins abondantes.

A l'intervention, il y avait soudure complète entre le péritoine pariétal, la vessie, l'épiploon et le côlon transverse, le fibrome, le côlon iléo-pelvien, le péritoine du bassin ; toutes ces adhérences étaient sillonnées d'énormes vaisseaux.

La malade succomba le soir d'une hémorragie et suintement continu et abondant.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 12.

OBSERVATION IV

(P. HALLOPEAU)

*Radiothérapie. Erreur du diagnostic. Kyste ovarique,
nombreuses adhérences vésicales.*

J'ai opéré une malade traitée pour fibrome, par seize applications de R. X.

A l'intervention, j'ai trouvé un gros kyste de l'ovaire, non interligamentaire, mais recouvert d'adhérences très serrées de tout l'intestin.

L'utérus était adhérent au rectum.

Je n'ai jamais vu une hystérectomie plus difficile.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 12

OBSERVATION V

(Louis BAZY)

*Radiothérapie. Persistance des métrorragies et de la fièvre.
Fibromes multiples.*

Malade subit 15 séances de R. X. sur un volumineux fibrome.

La malade a 38°, une hémorragie persistante.

A l'intervention, l'utérus bourré des fibromes, avec quelques adhérences lâches, autour des annexes légèrement enflammées.

La malade meurt ; elle présente 40°.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 12.

OBSERVATION VI

(Paul MATHIEU)

*Radiothérapie en 1919. Guérison apparente. En 1920, décès.
Epithélioma utérin.*

Malade en 1905, les règles très abondantes, ventre volumineux.

En 1913, anémie, les règles sont plus abondantes.

En 1916, colique néphrétique avec crises cardiaques.

Mai 1919, séances des R. X de quarante minutes, 5 séances de même durée par mois.

Les règles disparaissent. le ventre n'augmente plus de volume. mais la malade maigrit toujours : 20 kilogr.

Le 15 août. la malade a repris des violentes douleurs et des pertes très abondantes, des débris sphacelés d'une odeur putride s'éliminent

La malade rentre à l'hôpital avec une température de 40°, le ventre globuleux très augmenté de volume, douloureux au palper.

Biopsie : épithélioma de l'utérus.

Mort le 20 octobre 1920.

Société de Chirurgie, Paris 1923, n° 14.

OBSERVATION VII

(Paul MATHIEU)

Radiothérapie. Réapparition des hémorragies, fièvre.

Malade atteinte d'un fibrome avec métrorragies, subit 15 séances de R. X.

Les hémorragies augmentent. T. : 38°8.

Après l'hystérectomie, la malade est tout à fait remise aujourd'hui.

Société de Chirurgie, Paris 1923, n° 14.

OBSERVATION VIII

(A. LAPOINTE)

*Radiothérapie. Persistance des hémorragies et des douleurs.
Fibrome flanqué de deux kystes ovariens.*

La malade continuait à saigner et à souffrir après 15 séances

subies pendant trois ans, pour un myome et flanqué de deux kystes ovariens.

L'intervention est le traitement de choix dans les myomes.

Une pédiculisation intra-abdominale ou intra-utérine, une complication; pyosalpinx, tumeur kystique ou ovarique, de l'avis même des radiologistes, font obstacle aux bons effets d'irradiations.

Société de Chirurgie, Paris 1923, n° 14.

OBSERVATION IX

(CHIFFOLIAU)

Radiothérapie. Continuation d'un écoulement sanglant et continu. Fibrome de 800 gr.

Malade, 40 ans, atteinte d'un fibrome.

L'hémorragie anémie la malade. 8 séances de R. X. pendant deux mois.

Les hémorragies furent remplacées par un écoulement sanglant peu abondant, mais presque continu.

A l'intervention, un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus de 800 gr. La malade va bien.

Société de Chirurgie, Paris 1923, n° 14.

OBSERVATION X

(CHIFFOLIAU)

Radiothérapie en 1918. Réapparition des hémorragies. Fibrome utérin et kyste de l'ovaire tordu.

Malade, 46 ans, une dizaine de séances de R. X. pour un fibrome perceptible et règles abondantes en 1918.

La tumeur semble diminuer, les règles aussi.

Mars 1920. — Le ventre grossit, les hémorragies reparurent.

La malade subit encore des séances de R. X. Cette fois, la tumeur augmente, pendant que les pertes diminuaient.

M. Siredey diagnostique un kyste et conseille une opération.

A l'intervention, j'ai constaté un kyste tordu de l'ovaire gauche multiloculaire et l'utérus bourré de fibromes.

Hystérectomie subtotale, guérison.

Société de Chirurgie, Paris 1923, n° 14.

OBSERVATION XI

(BAUDET)

Radiothérapie. Réapparition des métrorragies. Fibrome du volume d'une noix.

Malade, 12 séances de R. X., pour des hémorragies importantes. Les hémorragies cessèrent.

En juillet 1921, elle reprend ces hémorragies ; elle fait encore deux séances ; en août, elle reprend de nouveau des pertes sanglantes.

A l'intervention, la malade a un fibrome gros comme une noix.

La malade guérit.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 19.

OBSERVATIONS XII-XIX

(BAUDET)

Radiothérapie. 7 cas de fibromes compliqués de lésions surajoutées.

J'ai opéré 7 cas de fibromes par les R. X. 6 cas avaient en même temps : salpingite, kyste de l'ovaire, et ces maladies surajoutées dictaient l'intervention.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 19.

OBSERVATION XX

(BAUDET)

Radiothérapie. Continuation des métrorragies. Fibrome volumineux du volume d'une tête fœtale.

Malade, 16 applications de R. X.

Les pertes continuent ; la tumeur, grosse comme une tête de fœtus, me parut nécessiter l'intervention.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 19.

OBSERVATION XXI

(AUVRAY)

Radiothérapie à répétition. Pelvi-péritonite aiguë.

Malade depuis 1915. 21 séances de R. X. pendant sept mois, diminution des pertes.

En 1919, trois mois le même traitement, suspendu quatre mois, repris encore trois mois, ensuite encore 4 séances.

Une poussée de pelvi-péritonite aiguë survient, fièvre élevée, douleur, etc.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 19.

OBSERVATION XXII

(J. L. FAURE)

Radiothérapie. Insuccès. fibrome. Cancer de la muqueuse et kyste ovarique.

J'ai opéré une femme qui paraissait atteinte de fibrome. La malade a eu des séances de R. X.

A l'intervention, un fibrome gros, la muqueuse envahie par un cancer ; à gauche, il y avait un kyste de l'ovaire.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 12.

OBSERVATION XXIII

(ANGLAYE)

Radiothérapie. Erreur de diagnostic.

Troubles dans la cicatrisation de la paroi abdominale.

J'ai opéré une malade qui avait 48 séances de R. X., disant pour un fibrome et qui n'en était pas un.

La plaie, restée aseptique, se rouvrit comme du fait d'un trouble profond dans sa réparation.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 19.

OBSERVATION XXIV

(Docteur CUNÉO)

Radiothérapie sans amélioration. Intervention, altération des tissus viscéraux.

Il s'agit d'un fibrome traité par la radiothérapie, dont l'ablation aboutit à un désastre. A l'ouverture du ventre, le péritoine apparut transformé en un vernis dur, craquelé par place. L'utérus, se déchirant à la moindre traction, présentait un point nécrotique du fibrome. Le vessie, adhérente au fond de l'utérus, se déchira dès qu'on voulut l'en séparer. L'hystérectomie fut très difficile, le réservoir vésical fut reconsti-

tué avec peine et on termina par un drainage vaginal.

Une heure après l'intervention apparurent des phénomènes de collapsus ayant le caractère de shock toxique avec décès vers 3 heures du matin.

L'auteur compare l'aspect et la consistance des organes pelviens à du papier buvard mouillé.

OBSERVATION XXV

(FAURE)

Radiothérapie. Persistance des métrorragies.

J'ai opéré une malade qui a eu 20 irradiations et qui continuait à saigner.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 28.

OBSERVATION XXVI

(BRECHOT)

Radiothérapie sans amélioration. Intervention, adhérences multiples.

J'ai rencontré des soudures entre la vessie, le fibrome, les annexes, le péritoine pelvien chez une malade ayant subi de nombreuses séances de R. X.

Société de Chirurgie, Paris 1922, n° 28.

OBSERVATION XXVII

(J. KREIS)

Radiothérapie. Réapparition des métrorragies. Fibrome sous-muqueux.

Malade de 33 ans, saigne depuis deux ans, avec pertes de six jours.

Quatre séances de R. X.

L'écoulement sanguin s'est arrêté, mais plus tard les règles deviennent plus fortes et douloureuses.

En décembre 1922, petit polype fibreux. Ablation et curetage.

Au mois de décembre, les pertes sont si fortes que la malade n'ose pas bouger dans son lit, par crainte d'une hémorragie.

Je fais l'hystérectomie subtotale.

Le fibrome était sous-muqueux, remplissant la cavité utérine.

Obstétrique et Gynécologie, Paris 1924, n° 3.

OBSERVATION XXVIII

(M. REEB)

Radiothérapie. Continuation des métrorragies. Fibrome énucléé de la grosseur d'un œuf de poule.

Malade, 49 ans, fibromatose et fortes hémorragies.

Six séances de R. X.

Continuation des hémorragies.

A l'intervention, le fibrome énucléé a la grosseur d'un œuf de poule.

Obstétrique et Gynécologie, Paris 1924, n° 3.

OBSERVATION XXIX

(M. REEB)

Radiothérapie. Réapparition des métrorragies. Fibrome sous-muqueux par le col.

Femme jeune, ne voulait pas se laisser opérer ; j'ai fait des R. X.

De fortes hémorragies se produisirent.

Le col s'effaça et un fibrome sous-muqueux apparut, que j'ai énucléé.

Obstétrique et Gynécologie, Paris 1923, n° 5.

OBSERVATION XXX

(M. PATEL)

Radiothérapie en 1913. Réapparition des hémorragies en 1921.

Radiodermite. Fibrome du fond de l'utérus et kyste ovarique. Cancer de la peau. Décès.

Malade, 49 ans, fibrome traité en 1913 par les R. X.

La radiodermite apparut. La tumeur paraît diminuer et les hémorragies s'arrêtent.

Juin 1921. — Les hémorragies réapparaissent, la tumeur augmente.

En 1922, les hémorragies augmentent l'anémie et deux plaques de radiodermite de chaque côté de la ligne médiane.

A l'intervention, fibrome de 1.800 grammes implanté sur le fond.

A côté une tumeur ovarienne du volume d'un poing.

Vers le 8 août 1922, la malade revient avec un cancer à marche rapide au niveau de la radiodermite.

La malade meurt après quinze jours.

Il s'agit d'un cancer de la paroi, la cavité abdominale étant libre.

Lyon-Chirurgical, mars-avril 1924, n° 2.

OBSERVATION XXXI

(M. PATEL)

Radiothérapie. Ménopause, mais augmentation de volume de la tumeur. Fibrome de 8 livres et grossesse de deux mois.

Malade, 41 ans. Depuis le 15 décembre 1921 au 9 octobre 1922, elle a eu 10 séances de R. X.

La tumeur ne subit aucune diminution de volume.

Le 2 janvier 1923, les règles cessent, la tumeur augmente de volume.

A l'intervention, fibrome de 4 kilogr. et une grossesse de deux mois.

Lyon-Chirurgical, mars-avril 1924, n° 2.

OBSERVATION XXXII

(M. PATEL)

Radiothérapie. Diminution des métrorragies, mais persistance de la tumeur (7 à 8 livres) et des troubles. Fibrome sous-muqueux.

Malade, 52 ans ; du 20 janvier au 20 octobre 1922, elle a eu 20 séances de R. X.

La malade reconnaît que les métrorragies diminuaient, mais que la tumeur resta intacte et gênante.

La tumeur pèse environ 7 à 8 livres sous muqueuse.

Lyon-Chirurgical, mars-avril 1924, n° 2.

OBSERVATION XXXIII

(M. TIXIER)

*Radiothérapie. Persistance des métrorragies. Anémie.
Fibromes multiples.*

La malade a 55 ans.

Il y a déjà quatre ans qu'elle a des règles abondantes.

On lui fait 3 séances de R. X.

Les règles sont toujours abondantes, les douleurs vives et une anémie marquée.

Le 27 décembre 1923, intervention. L'épiploon est très adhérent, l'utérus est plein de petits fibromes.

Service de M. Tixier, 1923.

OBSERVATION XXXIV

(M. DELORE)

*Radiothérapie. Augmentation de volume de la tumeur.
Fibrome utérin et kystes ovariens.*

Malade, 48 ans ; plusieurs séances de R. X.

Les hémorragies cessèrent, les règles disparurent, mais malgré tout la tumeur augmente.

A l'intervention, on trouve un utérus fibromateux et un double kyste ovarique.

Lyon Chirurgical, 1922, p. 742.

OBSERVATION XXXV

(M. VILLARD)

*Radiothérapie. Persistance des hémorragies. Fibrome
à noyaux multiples, un pédiculé sous-péritonéal.*

Femme, 37 ans ; pendant trois ans, 33 séances des R. X.

La tumeur ne diminue pas, les règles n'avaient pas disparu complètement.

A l'intervention, fibrome à noyaux multiples, l'un, sous-péritonéal, était pédiculé.

Nombreuses adhérences inflammatoires dues à la radiothérapie.

Lyon Chirurgical, 1922, p. 720.

OBSERVATION XXXVI

(M. VILLARD)

Radiothérapie. Réapparition des hémorragies.

Fibrome sphacélé.

Femme, 50 ans. Utérus fibromateux de petit volume, très hémorragique.

Les R. X. arrêtent les hémorragies, qui réapparurent bientôt malgré 15 séances ; la tumeur continue à évoluer et les pertes deviennent continues.

A l'intervention, un volumineux fibrome sous-muqueux en partie gangrené.

Lyon Chirurgical, 1922, p. 720.

OBSERVATION XXXVII

(M. E. LACAILLE)

Radiothérapie. Kyste ovarique.

La malade a eu, pendant six semaines, 6 séances de R. X.

La malade voit un autre docteur, qui lui dit que ce n'est pas un fibrome, mais un kyste.

A l'intervention, on trouve un kyste de l'ovaire.

Société de Médecine de Paris.

OBSERVATION XXXVIII

(Docteur ARCELIN)

Radiothérapie. Réapparition des hémorragies.

La malade a 35 ans. Depuis trois ans, les règles sont de plus en plus abondantes, et obligent la malade à garder le lit.

En 1920, un fibrome paraît volumineux, qui s'étend d'une fosse iliaque à l'autre, remonte à trois travers de doigt de l'ombilic.

7 séances de rayons X.

Les règles ont diminué, le fibrome aussi.

Les métrorragies reviennent de nouveau, on décide une intervention.

A l'intervention, hystérectomie totale par M. Gouilloud,

OBSERVATION XXXIX

(Docteur ARCELIN)

Radiothérapie. Réapparition des hémorragies et augmentation de volume du fibrome.

La malade a 40 ans. Les règles sont abondantes.

Fibrome volumineux au-dessus du pubis, remontant à trois travers de doigt de l'ombilic.

La malade se plaint de compression sur la vessie.

Six séances de rayons X.

Le fibrome a diminué, mais les règles existent toujours. La peau est brune.

En 1922, la malade revient de nouveau avec un fibrome qui a repris son volume, avec la compression vésicale.

Le fibrome conserve son volume, mais les règles ont diminué.

En 1923, les règles persistent, le fibrome est considérablement développé et les troubles de compression gênent la malade.

En 1924, le fibrome augmente, ainsi que les troubles de compression gênent la malade, qui se décide à se faire opérer.

OBSERVATION XL

(M. BÉRARD)

*Radiothérapie. Persistance des métrorragies.
Epithélioma de la muqueuse du fond de l'utérus.*

La malade, âgée de 54 ans. Ménopause en 1915; des pertes abondantes en 1921.

En 1923, 16 séances de rayons X, chacune de deux heures.

Au bout d'un mois, le résultat semble insuffisant, elle vient me voir.

On lui a mis du **radium**.

Les hémorragies reviennent.

J'opère la malade; elle a eu un épithélioma du corps, remplissant aux deux tiers la cavité utérine, dont le fond est prêt d'être perforé.

Lyon Chirurgical, mars-avril 1924.

OBSERVATION XLI

(M. VILLARD)

*Radiothérapie. Persistance des métrorragies.
Nombreuses adhérences.*

Femme de 57 ans. En trois ans, avait subi 33 séances de 20 minutes, sans suppression des pertes et sans arrêt du développement de la tumeur.

Hystérectomie difficile par de nombreuses adhérences paraissant résulter des irradiations.

Lyon Chirurgical, mars-avril 1924.

OBSERVATION XLII

(M. TIXIER)

*Radiothérapie. Radiodermite avec ulcération de la paroi.
Gangrène secondaire du fibrome. Hystérectomie totale: Mort.*

Mme G. D..., âgée de 54 ans, a subi durant ces dernières années de très nombreuses séances de rayons X ayant pour but de faire fondre un énorme fibrome utérin.

Les hémorragies ont disparu, mais une radiodermite avec ulcération très douloureuse dans la moitié inférieure de la région sous-ombilicale.

M. Tixier conseille, en 1922, à cause des pertes qui sont très abondantes, une intervention.

Brusquement, en janvier 1923, des accidents infectieux très menaçants se déclarent, avec grands frissons, écoulement vaginal d'un liquide ichoreux.

Il est évident que le fibrome que l'on perçoit au travers du col dilaté présente des phénomènes de gangrène.

Une grande laparotomie longitudinale médiane est rapidement faite. Il est impossible de reconnaître les plans de la paroi, très œdématiée.

Le tissu cellulaire, les muscles, les aponévroses, le péritoine, la face antérieure de l'utérus sont confondues en une masse. Impossible de traverser au niveau de l'utérus. On est obligé de remonter au-dessus de l'ombilic pour trouver le péritoine libre.

Une hystérectomie abdominale totale est pratiquée dans des conditions épouvantables, les ligatures coupent les vaisseaux

qui sont d'une friabilité extrême. Large drainage. Des phénomènes scepticémiques éclatent ; la malade succomba douze heures après.

Un énorme fibrome sphacélé, gangréneux, putride, était en cause.

OBSERVATION XLIII

(M. TIXIER)

Radiothérapie. Radiodermite avec dégénérescence de la paroi abdominale. Mort par cachexie cancéreuse.

Femme âgée de 53 ans. Elle a subi dans ces dernières années un traitement intensif radiothérapique pour un gros fibrome utérin.

Les pertes avaient cessé.

Mais elle présente depuis, sur la région sous-ombilicale une énorme ulcération. Des gros bourgeons laissant au travers écouler un liquide sanguinolent horriblement fétide.

Des gros ganglions sont perçus dans les aines.

Le diagnostic du cancer pariétal est évident.

Une intervention pourrait encore être tentée, mais la famille la refuse.

Mort quelques mois après de cachexie cancéreuse, avec grosses adénopathies cancéreuses inguinales ulcéreuses.

OBSERVATION XLIV

(M. BÉRARD)

Gros fibrome utérin traité trois ans auparavant par la radiothérapie prolongée. Lésions de radio-nécrose étendues de la paroi abdominale.

Evolution progressive du fibrome. Compression de la vessie et du rectum. Hystérectomie. Occlusion intestinale par adhérences multiples de l'intestin grêle. Anus contre nature. Mort.

Mme B..., 39 ans, mariée, sans enfant, avait constaté les premiers signes d'un fibrome utérin en 1917.

Suivit en 1919 un traitement par radiothérapie qui nécessita de multiples séances, sous la direction de M. le Docteur X...

Les métrorragies diminuèrent d'abondance pendant six

mois, puis reparurent en même temps que l'augmentation de volume de l'abdomen s'accroissait.

Deux mois après la dernière séance, une vaste ulcération de la paroi abdominale apparut entre l'ombilic et le pubis, atteignant l'aponévrose superficielle qui fut en partie éliminée. Peu à peu, les divers plans de la paroi abdominale dans cette région se durcirent et constituèrent une sorte de couenne avec dysesthésie douloureuse.

En 1921, la malade commença à être gênée pour uriner et, au début de 1922, apparut une constipation progressive avec parfois menace d'occlusion.

C'est dans ces conditions que la malade, jusque-là rebelle à toute idée d'intervention, se présenta à notre examen. Toute la paroi ombilicale apparaissait alors comme un parchemin épais dont les divers plans semblaient confondus en une masse dure. Le palper permettait cependant de déceler une tumeur abdominale dont le pôle supérieur dépassait de trois travers de doigt l'ombilic.

Le toucher vaginal et rectal combiné au palper montrait le Douglas bloqué par une tumeur dure, confondue avec la masse abdominale, appuyant à la fois sur la vessie et le rectum.

La malade n'allait plus à la selle qu'avec des laxatifs et des lavements; elle avait de fréquentes envies d'uriner, avec un peu de dysurie, sans pus dans les urines, qui contenaient un peu d'albumine.

Malgré les mauvaises conditions dans lesquelles se présentait une intervention, il était impossible de s'abstenir à cause des troubles fonctionnels croissants.

Opération. — Le 14 novembre 1922, sous anesthésie à l'éther, laparotomie médiane, remontant jusqu'à l'appendice syphoïde. L'incision sous-ombilicale menée très prudemment montra tous les plans pariétaux confondus en un bloc fibreux, parsemé de striations blanc-jaunâtre de nécrose ancienne, avec des adhérences de l'épiploon et de quelques anses grêles, en même temps que de l'S iliaque avec le péritoine pariétal et avec le fibrome.

Une dissection minutieuse, difficile et prolongée, durant près de vingt minutes, permit de libérer l'intestin, auquel on laissa adhérents, quand il le fallait, quelques fragments du fibrome,

qui furent enlevés dans une toilette ultérieure, en même temps que l'intestin était péritonisé.

Le fibrome était constitué par une masse principale du volume d'une tête d'adulte, avec plusieurs masses accessoires variant du volume d'un œuf à celle d'un poing.

Toutes les portions perceptibles de la tumeur étaient violacées, sillonnées de grosses veines à moitié thrombosées. La libération et l'ablation de cette tumeur par hystérectomie totale furent également longues et difficiles.

Néanmoins, cette extirpation put être effectuée sans hémorragie notable, en ménageant l'uretère et la vessie.

Un drainage vaginal, avec tamponnement du petit bassin partiellement dénudé de son péritoine, termina l'opération.

La péritonisation au-dessus de ce drainage put être effectuée en ayant recours à l'S iliaque et au grand épiploon. La paroi abdominale ne put être fermée dans sa portion sous-ombilicale que par un plan de suture métallique. Une suture à 3 plans fut faite pour la portion sus-ombilicale.

Les suites opératoires furent d'abord assez satisfaisantes.

La malade urina spontanément dès le premier jour et une purgation libéra l'intestin au troisième jour, avec quelques difficultés, il est vrai.

A partir de ce moment s'installèrent des phénomènes d'occlusion progressive qui résistèrent aux lavements et à une nouvelle purgation et nécessitèrent, le 6^e jour, une réintervention qui montra des anses grêles très distendues, sans signes de péritonite dans la partie accessible de l'abdomen, c'est-à-dire au-dessus de l'ombilic. Une tentative de libération de ces anses montra qu'il s'agissait d'adhérences multiples au niveau du bassin, et on termina par un anus contre nature fait sur une anse grêle distendue.

Les accidents rétrocedèrent pendant cinq jours. Des nouveaux phénomènes d'occlusion auxquels la malade succomba le dixième jour. La température, qui était restée au-dessous de 38°5 jusque-là, monta subitement le dernier jour à 40°.

Dans deux autres cas, en 1923 et 1924, M. Bérard eut à intervenir dans des conditions analogues, heureusement avec des lésions beaucoup moins profondes de la paroi abdominale, dont les plans superficiels seuls avaient été altérés par les rayons X.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'un fibrome volumineux dont l'évolution n'avait pas été arrêtée par la radiothérapie.

Dans l'autre cas, à côté d'un utérus fibromateux de petit volume, se trouvait un kyste de l'ovaire.

Dans ces deux derniers cas, heureusement, les suites opératoires ne furent pas troublées. La radiodermite ancienne nécessita simplement une suture de la paroi en un seul plan au fil métallique. Chez une de ces malades, un peu de nécrose autour de quelques points de suture retarda la convalescence pendant un mois.

OBSERVATION XLV

(C. DANIEL et A. BABER)

Femme de 35 ans, présentait les symptômes cliniques d'un fibromyome utérin avec métrorragie. Irradiation. Amélioration passagère, puis, quatre mois après, signes de transformation maligne. Laparotomie qui ne put qu'être exploratrice, la tumeur était généralisée à l'abdomen.

Gynécologie si Obstetrica, Bucarest, février 1923.

OBSERVATION XLVI

(LAROYENNE)

*Radiothérapie. Radiodermite de la paroi abdominale.
Fibrome pédiculé.*

Femme, 47 ans. Règles abondantes depuis trois ans. 7 à 8 séances de radiothérapie.

Radiodermite de la paroi abdominale.

Ablation par le vagin d'un volumineux fibrome pédiculé.

OBSERVATION XLVII (inédite)

(LAROYENNE)

Radiothérapie. Echec. Fibrome calcifié détaché de l'utérus.

Femme âgée de 60 ans.

Crises douloureuses abdominales: Etat cachectique.

19 séances de rayons X.

A l'intervention, fibrome calcifié détaché de l'utérus.

OBSERVATION XLVIII (inédite)

(LAROYENNE)

Radiothérapie. Echec.

Femme, 33 ans.

Fibrome gênant par son volume.

Radiothérapie inefficace.

Hystérectomie.

OBSERVATION XLIX

(ROUVILLE et JADON)

Volumineuse tumeur ovarienne prise pour un fibrome utérin.

Action hypertrophique de la Radiothérapie.

5 séances de radiothérapie. La tumeur, du volume des deux poings, grossit comme un utérus gravide à terme. Intervention.

Examen histologique. — Séminome de l'ovaire propagé à l'utérus.

Obstétrique et Gynécologie, Montpellier, 5 déc. 1923.

OBSERVATION L

(ALBERTIN)

En 1921, la malade, 40 ans, a subi un traitement complet de radiothérapie. La tumeur a quadruplé de volume et donne l'impression d'un myome malin à développement rapide.

Cette malade a été opérée à Paris avec succès.

Conclusions.

I. — La radiothérapie ne doit pas être acceptée comme méthode de traitement applicable sans réserves aux fibromes utérins à l'exclusion des autres méthodes.

II. — Un certain nombre d'observations d'échec de la radiothérapie appliquée aux fibromes utérins prouve qu'il y a lieu de préciser les indications et de poursuivre le perfectionnement de la méthode en tant que technique et instrumentation et de rechercher les résultats éloignés avant de conclure.

III. — La difficulté du diagnostic nous paraît nécessiter d'une façon absolue la collaboration du chirurgien et du radiologue de façon à limiter l'emploi de la radiothérapie aux seuls cas paraissant devoir bénéficier de ce traitement (petits fibromes au voisinage de la ménopause).

IV. — Les cas à indications spéciales (myomectomie) ou douteux au point de vue de la malignité de la tumeur ou de son évolution nécrobiotique, de la présence de lésions surajoutées (annexites infectieuses ou suppurées, hydro-salpinx, kyste ovarique) restent justiciables du seul traitement chirurgical et nous pensons que c'est le plus grand nombre.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Juin 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Bibliographie.

- ALBERTIN. — Radiothérapie et fibromes utérins. Nécessité absolue de la collaboration du chirurgien et du radiologue (*Lyon Médical*, 25 janvier 1923).
- ALBERTIN. — A propos de 400 cas d'hystérectomie abdominale pour fibromyomes utérins.
- AUVRAY. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1922, N° 19.
- AUGLAVE. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1922, N° 19.
- BOUCHACOURT. — *Obstétrique et Gynécologie*, Paris, 1920, N° 1.
- BAZY (Paul). — *Société de Chirurgie*, Paris 1922, N° 12.
- BURGER (Paul). — *Société Obstétrique et Gynécologie*, Strasbourg. — *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1923, N° 5.
- BAUMGARTNER. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1922, N° 12.
- BÉGOUIN (P.-M.). — *Obst. et Gyn.*, Paris, 1923, N° 2.
- BÉRARD. — *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1924.
- BAUDET. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1922, N° 19.
- BREDAT. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1922, N° 28.
- CHEVRIER. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1923, N° 14.
- CHIFOLIAU. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1923, N° 14.
- CUNÉO. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1922, N° 28.
- DELORE. — *Lyon Chirurgical*, 1922, p. 742.
- DANIEL (C.) et BABER (A.). — *Gynécol. et Obstétr.*, Bucarest, février 1923.
- DIONNET. — Des troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromyomes utérins (inspiration Albertin (*Thèse de Lyon*, 1903).
- FREDET (Pierre). — *Société de Chirurgie*, Paris, 1922, N° 12.
- FAURE (J.-L.). — *Société de Chirurgie*, Paris, 1922, N° 12.
- GAILLARD. — Les myomes diffus de l'utérus (inspir. Albertin) *Thèse de Lyon*, 1907.

- GIDON. — Du fibromyome malin de l'utérus, et en particulier des fibromyomes pédiculés sur le fond utérin (inspir. Albertin). *Thèse de Lyon*, 1920.
- GUILLAUME. — Le myome utérin à la ménopause (inspir. Albertin). *Thèse de Lyon*.
- GALL (Budapest). — Strablentherapie (*Chirurgie et Radiothérapie*, Bd. XV, N° 2, 1923).
- HALLOPEAU (P.). — *Société de Chirurgie*, Paris, 1922, N° 12.
- KNOX (Robert). — Réun. Assoc. médicale britannique (*Soc. Obst. et Gynéc.*, en Brit. M. J., 14 oct. 1922).
- KREIS (J.). — *Obstétr. et Gynéc.*, Paris, 1924, N° 3.
- LAPOINTE (A.). — *Société de Chirurgie*, Paris, 1923, N° 14.
- LACAILLE (E.-M.). — *Société de Médecine*, Paris.
- MORNARD (Pierre). — *Revue de Chirurgie*, 1920, p. 244.
- MATHIEU (Paul). — *Société de Chirurgie*, Paris, 1923, N° 14.
- PRADAS, DAVID et MUTEL. — Paris offi. S. f. Elect. et Rad., juillet 1923.
- PATEL. — *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1924, N° 2.
- RECLE. — *Soc. Obst. et Gyn.*, Strasbourg, 1923.
Soc. Obst. et Gynéc., Paris, 1924, N° 23.
- ROUVILLE et JADON. — *Obst. et Gyn.*, Montpellier, 5 déc. 1923.
- SIREDEY (M.). — *Obstétr. et Gynéc.*, Paris, 1920, N° 1.
- SOULIGOUX. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1923, N° 24.
- TROTABAS. — De la nécrose et de l'infection larvées dans les myomes interstitiels de l'utérus (inspirat. Albertin). (*Thèse de Lyon*, 1911).
- VIOLET (H.). — *Obstétr. et Gynéc.*, Paris, 1924, N° 4.
- VILLARD. — *Lyon Chirurgical*, 1922, p. 391.
— *Lyon Chirurgical*, 1922, p. 720.
— *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1924.
- ZIMMERN. — *Soc. radiologique de France*, 13 juin 1922.
-

